

Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica

María J. Zarza^{1*} y María Isabel Sobrino Prados²

¹University of California, Los Angeles (UCLA)(Estados Unidos), ²Centro de Psicología Almabel (Madrid, España)

Resumen: Estados Unidos y España experimentan actualmente una gran afluencia inmigratoria de personas de origen latinoamericano. Aunque existen diferencias entre ambos países en cuanto a la historia de inmigración, política migratoria y las barreras impuestas al inmigrante, los dos enfrentan la necesidad de desarrollar estudios sociales, servicios de salud preventivos y de intervención, así como herramientas diagnósticas en salud mental. Esta revisión teórica tiene como objeto principal reunir información disponible sobre el proceso de inmigración, integración y estrés de adaptación sociocultural de los inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos y su comparación con la reciente historia de inmigración en España. La trayectoria de investigación y programas de intervención en Estados Unidos son de un valor extraordinario para el trabajo de científicos sociales y clínicos españoles. Entre las recomendaciones para la investigación y aplicación clínica futura se incluyen: 1) la necesidad de estudiar el efecto de la paradoja de salud del inmigrante latino en Estados Unidos, 2) estudiar si en España se produce un efecto similar y el porqué, 3) llevar a cabo estudios en factores de riesgo y protectores en cuanto a salud física y mental (incluyendo estudios comparativos entre ambos países), 4) realizar una revisión exhaustiva de los programas de intervención social en salud física y mental para inmigrantes en ambos países, 5) desarrollar herramientas diagnósticas, y 6) desarrollar modelos de intervención sensibles a las diferencias socioculturales en cada país. Además, entre las recomendaciones para la práctica clínica se destaca la importancia de diagnosticar e intervenir dentro de un modelo ecológico que respete la cultura y las necesidades del inmigrante Latino.

Palabras clave: Estrés de adaptación sociocultural; salud mental; inmigrantes; latinos.

Title: Acculturation Stress among Latin American Immigrants Residing in the United States vs. Spain: A Literature Review.

Abstract: Spain and the United States are both experiencing a high influx of Latin-American immigrants. Although these countries differ in their history of immigration, policies, resources and the barriers encountered by Latino immigrants, they also face similar challenges. Both countries share growing needs for mental health services, prevention programs and the development of culturally sensitive assessment tools for this emerging population. The main goal of this review is to learn from the long history of and lessons learned from Latin American immigration in the United States. Their extant theories and technology (assessment tools and intervention programs) are extremely valuable for Spanish researchers and clinicians. The recommendations for further research and the development of intervention programs include the following: 1) explaining the Latino Health Paradox phenomena in the United States, 2) describing this phenomena in Spain 3) conducting studies on risk and protective factors, including comparative studies between both countries, 4) conducting an exhaustive literature review on intervention programs in both countries, and 5) developing culturally appropriate assessment tools and intervention models. In addition to this, we recommend that clinicians conduct assessments and clinical interventions within an ecological approach by respecting the culture, socioeconomic situation and needs of Latino immigrants.

Key words: Acculturation stress; mental health; immigration; Latinos.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (Brundtland, 2001) señala que los dos factores que contribuyen con mayor fuerza al aumento de enfermedades mentales en el mundo son tanto los rápidos cambios en el ambiente como el inmenso número de gente que vive en situaciones de pobreza. Los inmigrantes Latinos suelen caracterizarse por poseer ambos factores, ya que muchos se mueven de un país a otro con la esperanza de mejorar su situación socioeconómica y, por ello, se enfrentan a cambios bruscos tanto en el ambiente físico y económico como en el ámbito social, dejando atrás su tierra, país, costumbres y, en muchos casos, a sus familias y amigos. El estrés de adaptación sociocultural se hace más marcado en países vecinos con diferencias económicas bruscas, como Estados Unidos y México (Cuéllar, 2002), pero también en países que mantienen raíces culturales y religiosas similares, y una lengua común, aunque no sean países

vecinos, tal y como ocurre en el caso de España y el inmigrante hispanolatinoamericano¹.

Esta revisión tiene como objeto principal reunir el conocimiento teórico, metodológico y tecnológico (p.e., herramientas de evaluación) del que se dispone sobre estrés de adaptación sociocultural (*acculturation stress*) en Estados Unidos, país con una larga historia de inmigración procedente de Latinoamérica, y compararlo con la situación en España. La ventaja de esta historia ha ayudado al desarrollo de teorías, tecnología de evaluación y modelos de intervención que son de un valor sumamente importante para los investigadores y clínicos españoles que se enfrentan actualmente al trabajo con esta población, ahora que España experimenta una inmigración exacerbada de inmigrantes, en su mayor parte de origen latinoamericano.

Datos demográficos

Estados Unidos es el país del mundo con mayor número de inmigrantes (Rumbaut, 1996). La historia de la inmigración latina se remonta a 1848 cuando México perdió los territo-

*Dirección para correspondencia [Correspondence address]: María José Zarza González. University of California, Los Angeles (UCLA). Integrated Substance Abuse Programs. Neuropsychiatric Institute and Hospital. Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences. 1640 S. Sepulveda Blvd., Suite 200. Los Angeles, CA 90025 (United States of America). E-mail: mzarza@ucla.edu

¹ Los términos "latino", "latinoamericano" y "hispanolatinoamericano" se emplean a lo largo de este artículo de forma indistinta.

rios que van desde California a Texas y muchos mexicanos se vieron obligados a convertirse en inmigrantes en una tierra que anteriormente había sido suya (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Actualmente, la población latina constituye el grupo minoritario más amplio en Estados Unidos. Es el grupo de inmigrantes más heterogéneo y formado por las personas más jóvenes y de crecimiento más rápido de la nación. Se estima que para el año 2050 la población latina alcanzará el 25% de la población total (alrededor de 97 millones) y, de ellos, un tercio serán menores de 19 años (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). La mayor parte de los llamados latinos o hispanos en Estados Unidos son de origen mexicano (66.9%), puertorriqueño (8.6%), cubano (3.7%), latinoamericanos del centro y sur (14.3%) y otros (6.5%)² (Ramírez y De la Cruz, 2003).

La población de origen hispano, en comparación a la población americana de origen europeo, se ve afectada de forma desproporcionada por condiciones de pobreza (Ramírez y De la Cruz, 2003; Salgado de Snyder, Cervantes y Padilla, 1990), falta de seguro médico (Brindis, Driscoll, Biggs y Valderrama, 2002; Newacheck y McManus, 1989), fracaso escolar (Mackey, Fingerhut y Duran, 2000), alta prevalencia de embarazo en la adolescencia (COSSMHO, 1999; Mackey et al., 2000), problemas de salud que van en alza (p.e. obesidad, diabetes) (Freid, Prager, MacKay y Xia, 2003), mayor riesgo de contraer SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (Brindis *et al.*, 2002; Buzi, Weinman y Smith, 1998; CDC, 2002), consumo de drogas (p.e. alcohol, marihuana y cocaína) (De la Rosa, 2002; Kandel, 1995) y altos niveles de crimen (víctimas o perpetradores de violencia en la calle o dentro de la familia) (Amaro, Messinger y Cervantes, 1996; Rice y Dolgin, 2002).

España, a diferencia de Estados Unidos, ha sido tradicionalmente un país de emigrantes. Sin embargo, en los últimos años, se está invirtiendo esta tendencia, con un aumento importante y rápido de la inmigración (O'Ferrall, Crespo, Gavira y Crespo, 2003). En 1994 existían 461364 personas extranjeras censadas en todo el territorio español, cifra que ha aumentado hasta 3034326 extranjeros empadronados en España en el 2004. En total, a 1 de enero del 2004, los extranjeros suponen el 7% de la población total de España (INE, 2005). Datos provisionales más actuales suministrados por el INE reflejan que la población extranjera alcanza en el 2006 al 9.3% de la población española. Desde el 2000 al 2006 el porcentaje de residentes extranjeros ha pasado de ser el 2.3% al 9.3% de la población española. Las tarjetas de residencia concedidas a extranjeros llegaron a 2739000 en 2006 en comparación a las 1977000 concedidas en el 2005 (El Mundo, 2007). En cuanto a la distribución geográfica, Cataluña concentra el 22% del total de población extranjera, seguida de Madrid (19.3%) y la Comunidad Valenciana (16.1%); Andalucía (11.8%), Canarias (5.6%); Murcia

(4.6%), Baleares (4%), Castilla-La Mancha (3.2%); Castilla y León (2.6%), Aragón (2.5%), País Vasco (2.1%), Galicia (1.8%), Navarra (1.3%), La Rioja (0.8%), Asturias y Extremadura (0.7% cada una), Cantabria (0.6%) y Ceuta y Melilla (0.1%). En cuanto al sexo, el 53.5% de los extranjeros inscritos en 2006 son varones y el resto (46.5%) son mujeres. Son de edad media más jóvenes que los españoles (30.7 frente a los 41 años) entre los nacionales de América Central y del Sur, 30.7 años de media.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Español (INE, 2004, 2005) en 1994 había censadas 87677 personas procedentes de países latinos; cifra que se multiplicó en 2003, a un total de 514.442 latinos censados. Un 35% de todos los extranjeros residentes en España y censados a 1 de enero de 2004, proceden de América Central y del Sur. Del total de nacionalidades inmigrantes existentes en la actualidad en España, si sólo atendemos a los inmigrantes de origen iberoamericano, los ecuatorianos constituyen el grupo más amplio (15.7%), seguidos de los colombianos (8.20%), los argentinos (4.31%) y los peruanos (2.20%). A 1 de enero de 2004 hay 110801 extranjeros inscritos nacidos (inmigrantes de segunda generación), y de ellos, un 7.28% son de origen ecuatoriano.

Respecto a la sanidad, hay diferencias entre los dos países. Los inmigrantes que carecen de seguro médico y recursos económicos en Estados Unidos pueden acceder solamente al servicio de urgencias pagado o parcialmente cubierto por ciertos programas caritativos y siempre para emergencias. Sin embargo, en España, los inmigrantes pueden acceder a toda la Sanidad Pública de forma gratuita. Desde el año 2000, y a través del empadronamiento, cualquier inmigrante, en situación regular o irregular, puede tener acceso a la tarjeta sanitaria y a atención médica. De la misma forma, el costo de las medicinas en Estados Unidos es mucho mayor que en España. Aún así, según datos obtenidos por Matamala y Crespo (2004), en un estudio realizado en un Centro de Salud Mental de Madrid, la utilización de los inmigrantes de este centro en concreto es inferior al de la población autóctona. Se hipotetiza en el estudio que la población inmigrante con menor nivel educativo, soporte familiar, estabilidad legal y seguridad económica, accede menos a los recursos de Salud Mental, a pesar de que acumula desventajas que podrían implicar una mayor necesidad.

Estresores del inmigrante latinoamericano

Autores como Hovey (2001), y Quintero y Clavel (2005) identifican una multitud de estresores específicos que se asocian con la experiencia migratoria y que aumentan el riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Según el primer autor, los estresores se dividen en cinco grupos principales: 1) según su relación con el proceso de migración *per se*, 2) las barreras del lenguaje y los problemas de comunicación, 3) los estresores del ambiente relacionado con los cambios socioculturales, 4) estresores económicos, desempleo y mar-

² Este porcentaje incluye inmigrantes de origen español al ser considerados "hispanos".

ginación social y, por último, 5) la pérdida de apoyo social y familiar.

Quintero y Clavel (2005) añaden también factores cognitivos como la percepción de tener elección o no en el proceso migratorio (migración forzada vs. no forzada) y las expectativas, tanto en las condiciones como en las capacidades propias de adaptación. Este trabajo sigue la línea de Hovey (2001) en cuanto a la clasificación de los estresores como sigue a continuación.

El proceso de migración

De acuerdo con el censo estadounidense (U.S. D.H.H.S., 2000), dos de cada cinco hispanos residentes en este país son extranjeros. Los inmigrantes ven en el país de acogida una oportunidad de salir adelante y mejorar su futuro y el de sus familias. Muchos inmigrantes latinos huyen de las situaciones de pobreza, de la falta de oportunidades educativas y profesionales, de la persecución político-religiosa, de la tortura y de la muerte, que a menudo encuentran en sus países de origen. Las condiciones de pobreza en México y América Central son la mayor causa de las migraciones transitorias y recurrentes en Estados Unidos, así como en el resto del mundo. Estos inmigrantes transitorios se movilizan buscando la oportunidad de nuevos empleos, principalmente en la agricultura, y son generalmente campesinos latinoamericanos pobres, la mayoría de origen mexicano y de educación limitada. Se estima que cada año 1,2 millones de Latinos (la mitad de ellos indocumentados) viajan miles de kilómetros desde sus países de origen, pasando por el sur de Texas hasta el estado de Michigan, y de vuelta otra vez para la recolección de la fruta, muchos de ellos viviendo y viajando en condiciones penosas (Cuéllar, 2002).

Hablar sobre el proceso de inmigración supone distinguir entre dos grupos principales, aquellos inmigrantes con residencia legal, sea permanente o temporal y, por tanto, en mejor situación económica y social, frente a aquellos que entran en el país de forma ilegal, o que permanecen en el país de acogida ilegalmente tras haber expirado su periodo permitido de estancia. Bajo la ley estadounidense, todos los inmigrantes se clasifican de acuerdo con un estatus particular de inmigración que determina sus derechos y obligaciones. Aquellos inmigrantes que carecen de documentación o permiso para entrar en el país o aquellos cuyo permiso ha expirado, se consideran como indocumentados y técnicamente no tienen derecho a estancia (temporal o permanente) en Estados Unidos (Adler, 2004). El servicio de inmigración americano (INS, 2001) estima que en Estados Unidos hay alrededor de 7 millones de indocumentados, de los cuales 4,8 millones son de origen mexicano, seguidos por salvadoreños, guatemaltecos, colombianos, hondureños, chinos, ecuatorianos y dominicanos. En otras palabras, la inmensa mayoría de ellos (73%), son latinoamericanos (U.S. INS, 1999).

Se calcula que en España viven clandestinamente alrededor de 300000 personas, según la Organización Internacio-

nal de Inmigración (OII) (O'Ferrall *et al.*, 2003). Según la OII, a principios de los 90, había unos 2.6 millones de extranjeros ilegales en Europa, que se han podido incrementar hasta 3 millones en 1998 (González, 2004). Sólo en la Comunidad de Madrid, 380263 de los 735298 ciudadanos extranjeros que habitan en la región, no tienen permiso de residencia a principios de 2004. En el último año se ha ampliado el proceso de regularización de inmigrantes ilegales en España, y no existen estimaciones actualizadas sobre el porcentaje de inmigrantes indocumentados en el país.

El proceso de inmigración es totalmente diferente para los llamados "ilegales, sin papeles o indocumentados", ya que la estancia y, en numerosos casos, la entrada al país se lleva a cabo muchas veces poniendo en riesgo la salud y la vida tanto de ellos como de sus familias, incluyendo los niños. Por ejemplo, la entrada ilegal de niños latinos en EE.UU. se realiza generalmente separándolos de sus padres para facilitar el paso (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 2001). Finch (2003) realizó un estudio con una muestra de 3012 latinos de origen mexicano en California, encontrando que el estatus de residencia (legal vs. ilegal) es el que tiene un efecto más determinante en la salud de estas personas, a pesar de la existencia de otros estresores como barreras del lenguaje, pobreza, discriminación, etc. De acuerdo con Orrenius (2001), el hecho de sellar más la frontera por parte de Estados Unidos, ha llevado a un aumento de la mortandad y del precio que pagan los indocumentados para cruzar, al ver reducidas sus opciones.

La entrada de Latinos en Estados Unidos se realiza tanto por los aeropuertos como a través de la frontera con México (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 2001). A los inmigrantes que pasan la frontera de forma ilegal se los conoce popularmente como "*mojados*" porque con frecuencia han de cruzar ríos y aguas pantanosas, muchas veces a riesgo de contraer enfermedades y perecer ahogados. Suelen tener guías a los que se conoce comúnmente como "*coyotes*", a los que pagan grandes sumas de dinero, joyas u otras pertenencias por ayudarles a cruzar ilegalmente la frontera. El precio del *coyote* aumenta cuanto más aumenta el riesgo de ser detenido por las patrullas fronterizas (Orrenius, 2001). Se estima que durante el año 2000 murieron de 388 a 430 personas intentando cruzar la frontera entre Estados Unidos y México de forma ilegal (Orrenius, 2001). La mayor parte de las muertes se producen por deshidratación, inanición, enfermedades, asaltos y violaciones de bandas de criminales e, incluso, a manos de los patrulleros de la frontera estadounidense (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 2001). Estos atropellos y dificultades del proceso de migración ilegal, unido al miedo constante de ser descubiertos y deportados, y las condiciones de vida y trabajo que experimentan los "sin papeles", ponen a estas personas en mayor riesgo de problemas de salud mental (Cuéllar, 2002).

La entrada de inmigrantes a España se hace por diversos medios, dependiendo del país de origen del inmigrante. Muchos inmigrantes, fundamentalmente procedentes del continente africano, aunque ahora también de países de Europa

Oriental y Asia, intentan entrar al país de forma ilegal a través del Estrecho de Gibraltar y, más recientemente, a través de las Islas Canarias (González, 1994). Este medio de entrada suele conllevar un viaje de días o meses en condiciones infrahumanas de higiene, hacinamiento, falta de comida y agua. Sin embargo, el medio de entrada a España más utilizado sigue siendo el avión, sobre todo para personas que provienen de América Central y del Sur, países asiáticos o Europa del Este. Muchos inmigrantes llegan a los aeropuertos europeos en busca de asilo político para poder conseguir los papeles. En el caso de los inmigrantes de origen ecuatoriano, debido a la gran cantidad de ellos que llegaban a Europa, y fundamentalmente a España, se ha acordado exigirles un visado para dificultar su entrada (González, 2004).

Los problemas de comunicación

La mayoría de los países latinoamericanos emplean el español como idioma oficial, lo que facilita sus posibilidades de comunicación y adaptación a España. Sin embargo, aún teniendo el mismo idioma se observan diferencias en la cultura y la terminología, en el concepto de salud-enfermedad, en la expresión de síntomas, etc., que pueden llevar a dificultades de diagnóstico (Molero, Fernández, Martín, Pelayo y Vázquez, 2004).

En el caso de los inmigrantes latinos en Estados Unidos las dificultades son mucho mayores, pues han de aprender inglés con cierta fluidez para vivir con autonomía. Gran parte de los Latinos entran con un nivel de estudios limitado y les resulta difícil aprender una lengua de raíces tan diferentes al español. Esta limitación de comunicación arrastra a estas personas a problemas de desempleo o a tener que aceptar trabajos para los que puedan estar sobre cualificados, sufrir malas condiciones y abusos laborales, discriminación y otros factores de estrés (p.e. no acudir al médico por no saber cómo expresarse). Los hijos de los inmigrantes aprenden inglés más rápidamente al sumergirse de lleno en el sistema escolar, sirviendo en multitud de ocasiones como intérpretes de la familia (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 2001). Sin embargo, esta habilidad y el uso continuado del lenguaje, hace que poco a poco dejen de emplear su lengua materna. Estas diferencias de lenguaje intergeneracionales crean conflictos cuando, por ejemplo, los hijos en ocasiones se niegan a hablar español o emplean el inglés para manipular a sus padres, o cuando los padres les obligan a hablar una lengua en detrimento de la preferida (Vega, Zimmerman, Warheit, Khoury y Gil, 1995). La llamada “americanización” de los hijos crea serios conflictos intergeneracionales, que están relacionados tanto con el empleo del lenguaje como con la diferencia de niveles de adaptación sociocultural entre padres e hijos (Flores-Ortiz, Esteban y Carrillo, 1994; Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 2001).

Las diferencias sociales y culturales

Además de la difícil situación de la población latina inmigrante y de los problemas de adaptación lingüística, problemas de documentación legal en el país y el aislamiento familiar, se suman otra serie de factores culturales que aumentan el riesgo de sufrir problemas de salud mental.

En cuanto a las diferencias culturales con Estados Unidos, se han identificado en la literatura diversas características que definen a la población latina, independientemente de su país de origen, que se enfrentan directamente con los valores culturales tradicionales en Estados Unidos. Entre ellas, se pueden nombrar dos diferencias culturales de suma importancia: 1) el machismo/marianismo *vs.* feminismo, y 2) el familismo y colectivismo *vs.* individualismo.

Tradicionalmente, y desde el punto de vista cultural, social y político, Latinoamérica ha funcionado bajo principios de patriarcado. Bajo esta estructura social, las funciones que cumplen hombres y mujeres se encuentran muy definidas. Las mujeres latinas son generalmente educadas para cumplir roles tradicionales asociados al cuidado de la casa y de los hijos, con actitudes de sumisión y sacrificio por la familia (Flores, 1994; Perilla, 1999). Por otro lado, los hombres son tradicionalmente educados para cumplir el rol del “hombre de la casa”, protector y figura de autoridad que disfruta además de ciertos privilegios y libertades en detrimento de la mujer (Flores, 1994; Perilla, 1999; Rice y Dolgin, 2001). Los hermanos mayores varones tienen mayores libertades y estatus social, y la responsabilidad de vigilar o supervisar a las chicas de la familia. Es común que estas chicas tengan responsabilidades caseras, como limpiar y cuidar de los hermanos pequeños o hijos de otros familiares (Rice y Dolgin, 2001), a lo que se conoce con el nombre de *parentificación* (niños asumiendo responsabilidades que les corresponden a los adultos) (Bernal, Flores-Ortiz y Rodríguez-Drain, 1985).

Sin embargo, la cultura estadounidense tiende a la defensa de valores feministas, que promueven la igualdad de oportunidades entre ambos sexos y actitudes no sumisas en las mujeres. La situación histórica y política estadounidense es muy diferente a la latinoamericana, influenciada por las revoluciones sociopolíticas feministas de mediados del siglo XIX. Frente a los valores patriarcales, se promueve la igualdad de responsabilidades y oportunidades profesionales tanto para hombres como para mujeres, dejando de ser el hombre el “cabeza” de familia. Estas diferencias socioculturales han sido descritas como potencialmente originarias de conflictos familiares, y responsables del aumento de la violencia contra la mujer latina por parte de su pareja u otros varones de la familia. Según Walker (1999), puede deducirse que la adaptación a una nueva cultura, que lleva a una mayor exposición a nuevos patrones sociales entre hombres y mujeres, puede desembocar en actos violentos del varón para controlar a su compañera. Un estudio llevado a cabo por Soreson y Telles (1991), encontró que aquellos México-americanos nacidos en Estados Unidos informan de violencia con una proporción de hasta 2.4 veces superior a los inmigrantes mexicanos nacidos en México. Interpretan estos resultados como respues-

ta, en parte debidos a conflictos entre la cultura de referencia y la cultura dominante en Estados Unidos. Flores-Ortiz, Esteban y Carrillo (1994), consideran que existe una propensión a mantener ciertos valores culturales a pesar de la adaptación sociocultural a Estados Unidos, como las expectativas de roles sexistas o el liderazgo patriarcal en la familia, que se transmiten de una generación a otra.

El familismo se define como el respeto, unión y devoción por la familia, e incluye valores de fidelidad, respeto, solidaridad y reciprocidad hacia otros miembros de la familia, incluyendo familia extensa (no nuclear), como *compadres*, *comadres*, primos segundos, etc. El primer objetivo del familismo latino es mantener a la familia unida como un todo a pesar de que puedan existir problemas de violencia doméstica o abuso infantil (Perilla, 1999). Autores como Marín y Marín (1991), Abalos (1998) y Flores (1994), ponen de manifiesto la enorme importancia que cobra la familia en la cultura latina. La familia provee mucho más apoyo y crianza a sus miembros, ofreciendo una defensa contra la sociedad que es a menudo hostil y ofensiva. De los Latinos se espera que sirvan y trabajen para la unidad y preservación de la familia. La mujer latina tradicionalmente es educada para convertirse en una buena madre y esposa, su control pasa de las manos del padre a las manos del marido (Flores, 1994). Sus sentidos de identidad y autoestima están más asociados a su papel en la familia que a sí misma. De esta forma, cuando una mujer latina se ve envuelta en una relación violenta, suele pensar primero en la familia más que en ella misma, incluyendo al agresor, y de ahí las bajas tasas de denuncia por este tipo de delito (Perilla, 1999).

El individualismo puede definirse como el conjunto de valores centrados en los derechos frente a las responsabilidades, la preocupación por uno mismo y la familia inmediata, el énfasis por la autonomía y la satisfacción personal, y la identidad basada en los éxitos o logros personales (Hofstede, 1980). Multitud de autores han acusado a la cultura estadounidense como individualista, donde la familia tiene menor peso y se centra en los miembros nucleares (Oyserman, Coon y Kimmelmeier, 2002). Por el contrario, en la familia latina son los individuos quienes sirven al desarrollo de la familia y no la familia al desarrollo individual (Marín y Marín, 1991). De esta forma, muchos latinos inmigrantes pasan estos valores tradicionales a sus hijos, quienes, por su parte, se sumergen rápidamente en los valores estadounidenses en la escuela, el barrio y a través de los medios de comunicación. Padres e hijos pueden entrar fácilmente en conflictos familiares relacionados con esta diferencia de valores, incluyendo reglas, costumbres, comida e incluso el lenguaje que debe de hablarse en casa (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 2001).

A pesar de que el familismo y el colectivismo han sido descritos como factores de protección, también hay autores que consideran que el familismo llevado al extremo puede ser perjudicial cuando impide a los miembros de la familia desarrollarse, especialmente a los niños (Rice y Dolgin, 2001), actuando como un grupo sellado que no deja a sus

miembros moverse libremente y ser ellos mismos (Abalos, 1986).

La realidad de la familia española se ha encuadrado durante muchos años en lo que se ha denominado "Familia Tradicional". Navarro (2004) la define de forma operativa como "Una familia donde sólo el hombre trabaja fuera de casa y sea exclusivamente la mujer la que se ocupe de las tareas del hogar y del cuidado de los hijos". Según un estudio de este autor, los españoles tienden hoy en día más a una "Familia Igualitaria", más tolerante, democrática, donde pesan menos las convenciones y costumbres. Se tendería más a una distribución más igualitaria de las responsabilidades del hogar y del cuidado de los hijos. El modelo de familia española, por tanto, sería distinto al norteamericano y al latinoamericano. No se han encontrado estudios específicos sobre si estas diferencias en el concepto de familia producen choques culturales en la adaptación al nuevo país, y si ello conllevaría otro factor de riesgo en cuanto al estrés de adaptación sociocultural.

Aunque las diferencias culturales entre Latinoamérica y España no son tan marcadas como con Estados Unidos, se ha puesto de manifiesto en la literatura la existencia del conflicto intergeneracional. La segunda generación (jóvenes inmigrantes nacidos en su país o venidos a España muy pequeños, hijos de inmigrantes nacidos en España), están y estarán más integrados culturalmente hablando, pero estarán más inadaptados socialmente y en conflicto frecuente con sus mayores. Tienen mayor riesgo de padecer trastornos mentales, ya que carecen del punto de referencia del país de origen y viven un choque importante de culturas: entre su casa (costumbres del país de origen) y lo que ven en la calle y en el colegio. Según Molero *et al.* (2004) será la tercera generación de inmigrantes la que comience a abandonar la sensación de sentirse extranjeros.

La pobreza, el desempleo y la marginación: la realidad del inmigrante.

De acuerdo con el censo americano (Ramírez y De La Cruz, 2002), los Latinos en Estados Unidos se caracterizan por ser una población que sufre, en comparación con los no latinos (americanos anglosajones), mayores tasas de desempleo, pobreza, bajos salarios y mayor probabilidad de estar empleados en el sector servicios.

Diversos autores (Golding, 1989; Romero, Castro y Cervantes, 1988), han puesto de manifiesto la importancia de tener una función o rol definido (p.e. trabajo, maternidad), como factor protector de problemas de salud mental como depresión y estrés. Los inmigrantes, unido a los problemas de separación social, se encuentran con dificultades económicas y de desempleo. Muchos inmigrantes habían tenido funciones claras en sus países de origen, en algunos casos con trabajos altamente cualificados, que al llegar a Estados Unidos pierden. Esta pérdida de roles profesionales, se une a la pérdida de roles socio-familiares (paternidad, amistad,

liderazgo social), también relacionado con problemas de salud mental como estrés y depresión.

En Estados Unidos, la limitación económica además obliga a estas familias a vivir en zonas marginales, generalmente urbanas, donde existen mayores tasas de crimen (p.e. violencia, tráfico y consumo de drogas, prostitución). Según expertos como Suárez-Orozco y Suárez-Orozco (2001), el racismo y la discriminación contra el Latino flotan en el ambiente. En Estados Unidos, las actitudes racistas y discriminatorias contra inmigrantes Latinos tienen tanta historia como el origen de la propia inmigración. De esta forma, los Latinos terminan defendiéndose del racismo y discriminación formando grupos, que junto al factor de vivir en vecindarios peligrosos, se prepara el perfecto caldo de cultivo para el desarrollo de pandillas criminales (*gangs*) entre jóvenes, especialmente aquellos sin supervisión paterna.

Por otro lado, las oportunidades educativas se reducen, debido a que los colegios locales tienen menos recursos al estar peor financiados, ya que el dinero para los colegios se obtiene de la contribución o impuestos locales, no estatales o federales. Las tasas de fracaso y abandono escolar son considerablemente mayores entre Latinos en comparación con anglosajones, lo que lleva a un ciclo de pobreza y marginación social difícil de romper.

Por otro lado, en España se han descrito las condiciones de vivienda deficientes, incluso en cuanto al suministro de agua y electricidad, y la situación de hacinamiento en la que viven muchos inmigrantes. En zona rural, un 85% reside en infraviviendas; en las ciudades, esta cantidad disminuye hasta el 15% (Molero *et al.*, 2004). En muchas ocasiones, conviven muchas personas de diferentes familias en una sola vivienda, con tal falta de espacio que favorece la transmisión de enfermedades infecciosas (p.e. tuberculosis, diarrea, sarna) y la aparición de problemas de convivencia (p.e. estrés, problemas psicológicos, accidentes domésticos, conflictos personales y de grupo) (Molero *et al.*, 2004).

Por otro lado, no es poco frecuente que los inmigrantes se vean expuestos a una continua movilidad geográfica, sobre todo condicionados por las oportunidades de trabajo, lo que dificulta su integración social y les impide una adecuada continuidad de los servicios sanitarios (Molero *et al.*, 2004) y educativos en los menores, con el consiguiente proceso de adaptación a un nuevo ambiente y separación de familiares y amigos.

Continuando con el sector laboral en España, aparte de la mayor frecuencia de trabajos temporales, bajo salario y trabajos sin contrato, se ha encontrado que los trabajadores inmigrantes tienen más predisposición a sufrir accidentes laborales. En general, los inmigrantes no cumplen adecuadamente las normas de seguridad e higiene indicadas para prevenir los riesgos en su trabajo, por desconocimiento, por las condiciones de precariedad de los puestos de trabajo a los que pueden acceder o por la frecuente rotación a la que están expuestos. Sin embargo, hay que tener en cuenta, como se comentaba también de la situación en Estados Uni-

dos, que muchos inmigrantes realizan trabajos de categoría muy inferior a su preparación (Molero *et al.*, 2004).

Aparte de todos estos condicionantes de trabajo, muchos de los inmigrantes, tanto los que llegan a España como los que llegan a Estados Unidos, han contraído deudas en su país para poder emigrar, que tienen que seguir pagando, junto con el envío de dinero de manera regular a sus familias en el país de origen, con lo que las dificultades económicas son aún mayores (Adler, 2004; Molero *et al.*, 2004).

La desintegración familiar y el aislamiento

El proceso de inmigración va cogido de la mano de la separación de la familia, amigos y del núcleo sociocultural de referencia. Muchos inmigrantes dejan a su pareja e hijos atrás con el objeto de mantenerlos económicamente, especialmente aquellos inmigrantes indocumentados debido al costo y riesgo del viaje. Con el tiempo, algunos consiguen traer a su familia, o a parte de ella. Otros rehacen su vida y crean nuevas familias, y los hay que vuelven al país de origen con lo que han conseguido ganar (Adler, 2004; Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 2001).

Sin embargo, no solamente la separación física de los hijos y de la pareja supone una amenaza a la integridad familiar. Incluso aquellas familias que consiguen mantenerse unidas, tienen serios problemas y conflictos que suman mayor estrés y dificultades a su pleno desarrollo social e individual. Las familias latinas, regularmente con mayor número de miembros que las anglosajonas (Ramírez y De La Cruz, 2002), pasan por dificultades económicas que obligan a que tanto los padres como las madres, e incluso los hijos mayores, tengan que trabajar. No es extraño que muchos Latinos tengan que mantener a menudo dos empleos para poder sostener económicamente a la familia dentro y fuera de Estados Unidos, tal y como describen en su libro sobre los hijos de inmigrantes. Esto supone a menudo que los hijos se queden sin la necesaria supervisión por parte de adultos, de la que habían disfrutado anteriormente en sus países de origen. Los servicios de cuidado de niños en Estados Unidos y en España son muy caros, obligando a que muchas de estas familias se valgan de los hijos mayores para cuidar de los pequeños o los lleven a guarderías sin licencia donde puede haber demasiados peligros (p.e., casas sin seguridad, con demasiados niños). Los adolescentes son generalmente quienes cumplen funciones de adultos (*parentificación*) y se ven obligados a cuidar de los más pequeños (Bernal, Flores-Ortiz y Rodríguez-Dragin, 1985).

El problema de la falta de supervisión paterna ocasiona a menudo situaciones peligrosas para los adolescentes, que pasan demasiado tiempo en la calle con el consiguiente riesgo de meterse en problemas, como entrar en pandillas criminales (*gangs*), consumir drogas, cometer crímenes y tener relaciones sexuales prematuras y sin protección. En Estados Unidos, gran parte de los llamados pandilleros son de origen latino (U.S. Department of Justice, 1999). Asimismo, en España estamos asistiendo en los últimos tiempos a la intro-

ducción y el establecimiento del fenómeno de bandas de origen latino (p.e. Latin Kings, Ñetas), grupos que se van ampliando en miembros, a los que van entrando miembros de origen español, y a los que a día de hoy se les atribuyen muchos actos delictivos.

Por otro lado, la violencia doméstica o malos tratos familiares en la comunidad latina han sido considerados de prevalencia superior a los de grupos americanos blancos (Caetano, Cunradi, Schafer y Clark, 2000; Ellsberg, 1999; Straus y Smith, 1990), incluso cuando se controla el estatus socioeconómico en las muestras (Caetano *et al.*, 2000; Field y Caetano, 2003).

El estrés de adaptación sociocultural y el síndrome de Ulises: Concepto y teorías

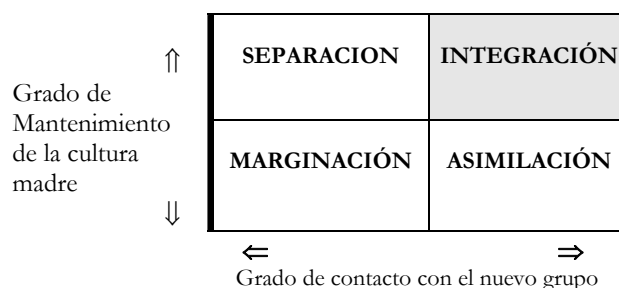
De acuerdo con la teoría cognitiva de estrés desarrollada por Lazarus (1966, 1990) y Lazarus y Folkman (1984), el estrés se define como el resultado entre un ambiente que impone demandas que exceden los recursos psicológicos actuales de la persona que lo experimenta. De esta forma, el individuo puede percibir una situación específica como dañina o negativa o, por el contrario, percibirla de forma positiva como un desafío o reto. Esta interpretación depende tanto de factores cognitivos como de valores, creencias, objetivos y compromisos, autoestima, sensación de control, capacidad y experiencia, y de otras variables de tipo ambiental (impedimentos, recursos, demandas). Una vez que el individuo realiza una evaluación cognitiva, generalmente se envuelve en un proceso de *coping* o enfrentamiento para superar el estrés. Posteriormente, volverá a evaluar los resultados de su propia respuesta de *coping* en un proceso que depende tanto de las características individuales como del ambiente particular (Lazarus, 1990).

Según O'Ferrall *et al.* (2003), *acculturation* se define como el proceso de adaptación personal frente a un nuevo contexto sociocultural. A partir de esta definición hemos traducido el término en castellano como *adaptación sociocultural*.

De acuerdo con Berry y Annis (2001), el proceso de adaptación sociocultural (*acculturation process*) puede definirse como un proceso de socialización o interacción entre dos o más grupos. Este proceso implica generalmente la participación de un grupo dominante y un grupo no-dominante o minoritario (tal y como ocurre en el caso de los inmigrantes latinos que llegan a España o a Estados Unidos). Este proceso de adaptación está regulado por aspectos relacionados con asuntos sociales e individuales (actitudes y comportamientos) que dependen de dos componentes principales: 1) el grado de mantenimiento de la cultura madre y, 2) el grado de contacto y participación de cada grupo con respecto al otro. Los individuos de culturas de tipo no-dominante o minoritaria pueden experimentar diversas situaciones de acuerdo con las dos variables anteriores: A) marginación (cuando el individuo del grupo no-dominante no tiene interés o posibilidades de mantener su cultura materna y además

tiene pocas posibilidades o interés de entrar en contacto con la cultura dominante); B) separación (cuando el individuo consigue mantener su cultura original pero evita o no puede tener interacción con el grupo dominante u otros grupos); C) asimilación (cuando el individuo no mantiene su cultura materna y busca interacción regular con el grupo dominante u otros grupos) y, por último, D) integración (cuando el individuo mantiene su herencia cultural y también mantiene contacto regular con el grupo dominante u otros grupos). El concepto de integración también se conoce con el nombre de biculturalismo. De acuerdo con Agar (1991), el biculturalismo permite al individuo sentirse cómodo en dos culturas o ambientes diferentes, de modo que integra simultáneamente tanto la cultura dominante como la cultura madre.

Figura 1: Proceso de adaptación sociocultural de Berry y Annis (2001).



Siguiendo el modelo de Berry, la integración sería la forma de adaptación óptima. La separación es la que crearía mayores conflictos. Por otro lado, la asimilación supone una renuncia a la cultura propia que a veces sería deseable y, por último, la marginación sería la más excluyente y destructiva (O'Ferrall *et al.*, 2003).

En España, concretamente en la provincia de Almería, Navas *et al.* (2004) han desarrollado el Modelo Ampliado de Aculturación Relativa (MAAR), como marco teórico para sus investigaciones. Algunos aspectos a destacar de este modelo son: 1) se tiene en cuenta el proceso de adaptación tanto en el grupo mayoritario como en el minoritario; 2) postula que las personas usan distintas estrategias de aculturación dependiendo del ámbito de aculturación (sistema político y de gobierno, tecnológico, económico, social, familiar, ideológico, creencias y costumbres religiosas, formas de pensar). Contempla la aculturación como un proceso adaptativo complejo y relativo. Según este modelo, no sólo tendrá que adaptarse el inmigrante, que resolverá más fácilmente las contradicciones surgidas de interacción entre culturas en los ámbitos más periféricos (p.e. tecnológico o económico). El sistema sociocultural de la sociedad receptora también se verá cuestionado por la confrontación con los valores, representaciones de la realidad y costumbres de los inmigrantes; 3) hipotetiza que el proceso será diferente según el país de procedencia. En el caso concreto de Almería, las investigaciones se centran en los grupos de inmigrantes más numerosos de la zona (magrebíes y subsaharianos); 4) tiene en cuenta la influencia de determinadas variables psicosociales

(p.e. sesgo endogrupal, similitud endogrupal-exogrupal, etc.) y determinadas variables sociodemográficas; 5) nos habla de un plano ideal y uno real en el proceso de aculturación.

El proceso psicológico de adaptación sociocultural supone, entre otras cosas, incorporar diferentes aspectos de la cultura con la que se entra en contacto, entre ellos aprender un idioma totalmente diferente, asimilar normas de comportamiento social, costumbres, valores, tecnología, recursos, infraestructura y sistemas (educativo, de salud, etc.) para funcionar dentro del nuevo grupo con cierto grado de competencia social y profesional. Las interacciones sociales se encuentran estructuradas por la sociedad de referencia, lo que demanda un entendimiento básico y el desarrollo de habilidades prácticas sobre expectativas e interacciones sociales básicas (Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 2001). No es de extrañar que el proceso de adaptación sociocultural sea con frecuencia estresante para el inmigrante (Kagitçibasi y Berry, 1989), a lo que cabría añadir que también pueda resultar estresante para la cultura que acoge estos nuevos grupos, especialmente cuando se produce de una forma tan rápida como ha ocurrido en España en la última década.

Según Pertinéz *et al.* (2002), la migración se puede entender como un duelo por la pérdida de la cultura, la familia, la tierra y el estatus socioeconómico. Según estos autores, si la elaboración del duelo fracasa, es más probable que se presenten trastornos mentales. O'Ferrall *et al.* (2003) consideran que la inmigración implica unos cambios que hace a los sujetos más vulnerables al estrés. Estos autores afirman, apoyándose en los datos de diversos estudios, y siguiendo el modelo de Berry y Kim anteriormente expuesto, que mantener la identidad grupal puede funcionar como factor de protección de problemas de salud mental. En la misma línea, Suárez-Orozco y Suárez-Orozco (1995), acuñan el término de "marco de referencia dual" al referirse al proceso cognitivo de comparación que realizan los adolescentes inmigrantes entre dos puntos de referencia: la sociedad en la que viven y la que dejaron atrás. Según esta idea, los inmigrantes supuestamente se comparan con aquellos Latinos de su país (p.e. familia y amigos) como marco de referencia para evaluar sus éxitos y estilo de vida como inmigrantes. Estas comparaciones con sus familiares y las personas que viven en sus países de origen, quienes generalmente están pasando por malas condiciones económicas y peor calidad de vida, puede hacer que se sientan menos estresados que aquellos latinos que ya no tienen estos puntos de referencia para compararse (p.e. Latinos nacidos en Estados Unidos o llegados a muy temprana edad).

Achotegui (2002), acuñó el término "Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple" o "Síndrome de Ulises". En este síndrome aparece sintomatología depresiva junto con síntomas de tipo ansioso, somatomorfo y disociativo. A pesar de la falta de estudios epidemiológicos, según este autor se estima que la mayoría de los inmigrantes "sin papeles" (unos 600.000 en España) y buena parte de los que tienen "los papeles en regla, pero que sufren una situación

inestable" (unas 300.000 personas en España), presentan riesgo de experimentar este síndrome (Jano On-Line, 2003).

Según Achotegui, el síndrome de Ulises tiene síntomas en varias áreas: en el área depresiva destaca la tristeza, fundamentalmente por el duelo por la familia (dejar a hijos y mayores en sus países de origen) y el duelo por el estatus social. Puede aparecer llanto y disminución de la autoestima, asociada a sentimientos de fracaso en el proceso migratorio. En población latina, son frecuentes los sentimientos de culpa. Menos frecuentemente aparecen ideas de muerte, falta de interés por hacer cosas y pérdida de interés sexual. En el área de ansiedad, aparecen preocupaciones excesivas y recurrentes, fundamentalmente por la gran cantidad de decisiones que tomar. Aparecen alteraciones del sueño, y menos frecuentemente, irritabilidad. En el área de síntomas somatomorfos, lo más frecuente son las cefaleas (sobre todo en inmigrantes de origen latino), y en mujeres es muy frecuente la fatiga. En el área disociativa, destacan los síntomas de tipo confusional, con características del trastorno de despersonalización, asociado a confusión temporoespacial y síntomas del trastorno adaptativo. Achotegui señala también como otro área las interpretaciones mágicas de la sintomatología, por brujería, magia, envenenamiento, etc.

Las características diferenciales con otros trastornos serían las siguientes: en el caso del síndrome de Ulises los estresores son muchos; la duración puede ser de años; la intensidad de los estresores es a veces muy alta, con peligros graves para la integridad física y la supervivencia; se asocian síntomas de tipo somatomorfo y disociativo; puede haber interpretaciones culturales de tipo mágico. Achotegui lo sitúa a medio camino entre los Trastornos Adaptativos y el Trastorno de Estrés Postraumático.

Diversos autores han encontrado una alta incidencia de trastorno por estrés postraumático en inmigrantes, sobre todo entre los refugiados, con aparición frecuente de somatizaciones (García Campayo, 2003) y mayor posibilidad de presentar trastornos adaptativos (Matamala y Crespo, 2004).

La paradoja de salud del inmigrante latino

Como se ha expuesto anteriormente, los inmigrantes están expuestos a una serie de estresores que deberían hacerles especialmente vulnerables, como son los problemas económicos y la falta de oportunidades educativas, y una mayor opresión social, al tener que enfrentar dificultades de interacción con otros grupos mayoritarios (p.e. racismo, marginación) (Maira, 1998; Portes, 1993). Sin embargo, y a pesar de esta gran cantidad de estresores, estos inmigrantes mantienen una buena salud físico-mental y menos problemas comportamentales (crimen, pandillas, etc.) en comparación con sus colegas de origen latino nacidos en Estados Unidos. Muchos estudios actuales ponen de manifiesto como a mayor tiempo de permanencia en Estados Unidos, mayor es también el índice de problemas de salud física (obesidad, diabetes) y mental (depresión, ansiedad, suicidio), así como consumo de drogas, violencia familiar, tasa de crimen e in-

roducción en pandillas, en comparación con aquellos inmigrantes latinos que llevan menos tiempo en Estados Unidos o viven en Latinoamérica. A este fenómeno se le conoce como la “paradoja de salud del inmigrante latino” (Cuellar, 2000, 2002; De La Rosa, 2002), que contradice la idea de que a mayor tiempo de residencia en Estados Unidos, mayor desarrollo personal y de salud, como históricamente habría ocurrido con otros grupos (p.e. irlandeses, italianos). Son los hijos de inmigrantes latinos (segunda, tercera y consecutivas generaciones) o aquellos inmigrantes que llegan a temprana edad, quienes padecen más problemas de salud mental, fracaso y abandono escolar, y un empeoramiento de la salud general a medida que pasa el tiempo, incluyendo el abuso de drogas y la conducta delictiva (Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, Alderete, Catalana y Caraveo-Anduaga, 1998).

Un estudio nacional a gran escala que ejemplifica esta paradoja (National Research Council, 1997) sobre salud física y mental en niños y adolescentes latinos de familias inmigrantes (salud general, obesidad, problemas emocionales y de aprendizaje, y conductas de riesgo), encontró que los niños y adolescentes latinos presentaban peor salud física y psicológica cuanto mayor tiempo de estancia o residencia en Estados Unidos. También encontraron que, a pesar de las dificultades por las que atraviesan las familias inmigrantes latinas (p.e. bajo estatus socio-económico, pobreza), sus hijos presentaban mejor salud que sus compañeros latinos nacidos en Estados Unidos (segunda generación o siguientes de inmigrantes). Estos mismos resultados se han encontrado en jóvenes latinos inmigrantes en cuanto a su educación, en lo que respecta al fracaso y abandono escolar (Rumbaut, 1996) y al consumo de drogas (De la Rosa, 2002).

Entre los factores protectores de problemas de la salud mental se ha encontrado que un fuerte apoyo social, como mantener más contactos sociales y un mayor número de amigos y familiares en Estados Unidos, disminuyen la probabilidad de tener una salud mental pobre. Las creencias religiosas y el apoyo social parecen moderar el efecto del estrés de adaptación sociocultural relacionado con la discriminación que sufren los latinos de origen mexicano (Finch, 2003; Golding y Burnam, 1990).

En los estudios realizados en España relacionados con el empleo de los servicios de salud, no existen datos longitudinales que reflejen esta paradoja de salud del inmigrante. Sin embargo, comienzan a existir estudios que muestran esta tendencia. Por ejemplo, un estudio del servicio de psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz obtiene que la incidencia de suicidios en hispanoamericanos que residen en España es mayor que en sus países de origen, siendo el motivo del 34,3% de los ingresos en este servicio (casi el doble que los españoles: 18,6%) (O’Ferrall *et al.*, 2003). Así mismo, en España comienzan a existir estudios comparativos entre inmigrantes y población española en cuanto al uso de los servicios de salud. Quintero y Clavel (2005) analizaron la asistencia de población inmigrante a los servicios a un centro de salud perteneciente al centro de Madrid. Encontraron que las consultas a urgencias fueron menores de las esperadas: la

población inmigrante representaba un 19,34% de su población y, en total, sólo utilizaron un 15% de visitas a urgencias. De los motivos de consulta, se encontró que había más consultas por ansiedad y clínica depresiva en nativos españoles que en población inmigrante. Lo más frecuente en inmigrantes fue la agitación y las alteraciones de conducta con auto o heteroagresividad (agitaciones, intoxicaciones). Sin embargo, con estos datos no es posible afirmar que en población inmigrante no sean frecuentes los síntomas ansioso-depresivos, debido a que el porcentaje de personas que acuden a los servicios sanitarios es inferior que en la población nativa española. Una posible causa del menor uso de los servicios de salud puede ser el miedo a consecuencias desconocidas (pagos, deportación si no tienen papeles, etc.). Mangado, Muelas y Moreno (2004), encuentran que la población inmigrante que acude al Centro de Salud Mental de Torrejón es una población integrada y normalizada, por lo que su psicopatología y demanda de asistencia psiquiátrica es similar a la española. Lo que sí han observado es que los inmigrantes recién llegados o en situación irregular no suelen acudir al Centro de Salud Mental. Matamala y Crespo (2004) plantean una hipótesis derivada de su estudio que queda por contrastar: los inmigrantes con menos recursos educativos y mayor precariedad legal, social, familiar y económica, no suelen acudir a los recursos especializados.

Herramientas diagnósticas e intervención clínica

En cuanto a las herramientas diagnósticas en Estados Unidos, algunos estudios ponen de manifiesto las limitaciones de estos instrumentos de evaluación, al haber sido creados para otros grupos (p.e. anglosajones) y haberlos posteriormente aplicado a la población latina. Al emplear instrumentos de diagnóstico (p.e. DSM-IV-R), hay que actuar con cautela, ya que en cualquier caso se está aplicando el concepto norteamericano y europeo de “enfermedad” y las categorías diagnósticas occidentales, que no siempre son válidas con población inmigrante latina debido a aspectos culturales y sociales diferentes (Achotegui, 2002; O’Farrell *et al.*, 2003). Diversos autores ponen de manifiesto que si se emplean estos criterios diagnósticos, es necesario interpretar los resultados con sumo cuidado. Por ejemplo, Quintana (1997), realizó un estudio llevado a cabo con 135 estudiantes empleando el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) con Latinos, concluyendo que no es un instrumento apropiado para Latinos biculturales debido a que algunos factores de adaptación sociocultural contaminan las puntuaciones. Cervantes y Arroyo (1994), ponen de manifiesto las limitaciones de la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), que puede llevar a errores de diagnóstico en niños y adolescentes latinos.

Varios autores en Estados Unidos han elaborado herramientas diagnósticas específicas para latinos con el fin de

medir el nivel de adaptación sociocultural (Cuellar, Arnold y Maldonado, 1995; Szapocznik, Scopetta, Kurtines y De Los Angeles, 1978; Szapocznik, Kurtines y Fernández, 1980). Otros autores han elaborado escalas para medir el estrés de adaptación sociocultural en adultos (Cervantes, Padilla y Salgado de Snyder, 1991) y en adolescentes (Romero y Roberts, 2003). En muchos casos, estas herramientas están validadas para comunidades concretas (p.e. cubanos, mexicanos, adolescentes de áreas rurales).

España, debido en gran parte a que la inmigración tiene una historia muy reciente en comparación con Estados Unidos, aún carece de escalas o herramientas diagnósticas tanto de adaptación sociocultural como del estrés relacionado con este fenómeno. Se hace necesario, por tanto, la elaboración o al menos la adaptación, de algunas de estas herramientas diagnósticas o escalas que permitan evaluar la salud mental del inmigrante y su nivel de adaptación a la cultura y sociedad española.

De la misma forma que las herramientas diagnósticas han de estar diseñadas o al menos, adaptadas a la cultura latina, la intervención, sea preventiva o interventiva, también ha de estar fundamentada en la misma base. Multitud de autores ponen de manifiesto la necesidad de proveer de un tratamiento ecológico, sensible a las diferencias culturales, religiosas, sociales y políticas tanto en terapia como en prevención, que estén diseñados de acuerdo a la cultura latina específica y no basado en el país a donde han emigrado (Cervantes y Arroyo, 1994; Szapocznik, 1978, 1984).

Tendencias actuales de investigación sobre el estrés de adaptación sociocultural

El desarrollo de nuevos trabajos de investigación es esencial para entender los factores relacionados con el estrés de adaptación sociocultural y otros problemas de salud mental en inmigrantes latinos, especialmente porque ahora en España el aumento de la inmigración ha sido tan dramático en cuanto a su rapidez y la cantidad de inmigrantes, que se hace necesario comenzar líneas de investigación para su aplicación clínica y preventiva.

Existen limitaciones desde un punto de vista metodológico que hacen difícil la comparación de estudios y la generalización de los resultados. Algunas de estas limitaciones están relacionadas con la falta de consenso dentro del mundo científico social de una definición objetiva de adaptación sociocultural. Siguiendo la revisión de Berris y Annis (2001), algunos investigadores emplean el término de adaptación sociocultural como asimilación a otra cultura que produce una pérdida gradual de la cultura de referencia, mientras que otros lo definen como biculturalismo, es decir, la integración de ambas culturas, siendo el sujeto capaz de funcionar cómodamente en ambas. De la misma forma, la falta de consenso en el tipo de instrumentos de evaluación puede ser responsable de los resultados contradictorios que hemos expuesto sobre la salud del inmigrante. Por ejemplo, algunos

estudios miden el nivel de adaptación sociocultural de los Latinos basándose en un único factor como el nivel de segundo lenguaje del inmigrante, el número de años viviendo en el país donde emigran, etc., mientras que otros emplean diferentes escalas que se han venido desarrollando en las últimas décadas. Se hace necesario cierto nivel de consenso entre los investigadores en cuanto a la definición y medición de la adaptación sociocultural.

Además de estas limitaciones metodológicas, Negy y Woods (1992) ponen de manifiesto que muchos estudios de adaptación sociocultural ignoran a menudo el peso que tiene el estatus socioeconómico de los inmigrantes como un factor que correlaciona positivamente con la adaptación. Dicho de otro modo, aquellas personas que están más adaptadas a la nueva cultura vienen generalmente de grupos con mayor estatus socioeconómico (ESE) y de familias con mayor nivel educativo. El ESE puede ser un factor responsable de los resultados contradictorios de algunos estudios. Por lo tanto, es fundamental controlar o balancear esta variable en las muestras.

Siendo Estados Unidos el país del mundo con mayor inmigración, especialmente procedente de Latinoamérica, no es de extrañar que cuente con numerosos trabajos de investigación en el área de salud mental en lo que se refiere al estrés de adaptación sociocultural (*acculturation stress*) en contraste con España, que además de no poseer los medios económicos de los que disfrutaban los científicos estadounidenses, su historia de inmigración es relativamente joven. Sin embargo, en Estados Unidos queda por responder el enigma de la paradoja de salud del inmigrante latino que hemos comentado anteriormente y la relación entre el estrés de adaptación sociocultural y los factores relacionados con el aumento del crimen, el consumo de drogas, la violencia doméstica, y en general el empeoramiento de la salud del inmigrante latino. Una explicación posible de esta paradoja de salud es que los inmigrantes más recientes suelen vivir en comunidades cerradas al resto de la sociedad, y que esto les protege de muchos estresores (lenguaje, cultura, miedo a ser deportado, etc.) (Cuellar, 2002), sin embargo los hijos de los inmigrantes se enfrentan a la sociedad americana como uno más, sufriendo un rechazo social y unos problemas que les impiden alcanzar el sueño americano; o el dueño de ser un americano más. A pesar de la cantidad de estudios descriptivos de este fenómeno, hay una carencia de estudios empíricos, especialmente de matiz psicológico (p.e. estudio del "marco de referencia dual" descrito en 1995 por Suárez-Orozco y Suárez-Orozco). También se hacen necesarios más estudios sobre el tipo de inmigrantes a los que afecta más el estrés de adaptación sociocultural (p.e. a aquellos que han asimilado más la nueva cultura y que pierden la suya propia o a aquellos que son biculturales).

En cuanto a España, se necesita comenzar a desarrollar estudios longitudinales sobre la posible existencia de la paradoja de salud del inmigrante, ahora especialmente que la historia de inmigración es relativamente reciente, lo que puede ayudar a prevenir el empeoramiento en la salud física y

mental de los inmigrantes latinos, en caso de seguir la misma trayectoria que ocurre en Estados Unidos.

Se hace también necesario el desarrollo de estudios transculturales y comparativos entre la inmigración de latinos en España y en Estados Unidos, dado que muchos de los estresores, como hemos comentado, no se comparten, como la barrera del lenguaje, factores culturales, el acceso al sistema sanitario o la presión legal de las autoridades de inmigración, por citar algunos posibles estresores. Estos estudios podrían ayudar a entender qué factores de riesgo o estresores tienen más peso en la salud mental del inmigrante (p.e. discriminación, lenguaje). De la misma forma, existe una carencia de estudios que se centren en los factores protectores del estrés de adaptación sociocultural y otros problemas de salud mental y conductas de alto riesgo en esta población, que serían muy necesarios para la intervención clínica y preventiva en ambos países. Junto con esto, un factor que se va mostrando importante son los prejuicios y estereotipos que pudiera tener la sociedad receptora, que podría actuar como un factor estresor más. Sería interesante conocer más sobre las actitudes de integración que muestran los autóctonos y, de acuerdo con lo planteado por Navas *et al.* (2004), poder saber si el concepto de integración es compartido por el grupo receptor y por el grupo inmigrante específico, ya que quizá haya diferentes expectativas entre los grupos, y esto podría ser otra fuente de conflicto y, por tanto, otra fuente de estrés.

Conclusiones

A pesar de las diferencias históricas, políticas, legales, socioeconómicas y culturales en el fenómeno migratorio entre Estados Unidos y España, también existen puntos en común e intereses científicos en cuanto al estudio del fenómeno de la adaptación sociocultural y su aplicación clínica y preventiva en salud física y mental, incluyendo la construcción de herramientas diagnósticas.

España tiene una historia de inmigración muy reciente en comparación con la historia de inmigración procedente de Latinoamérica en Estados Unidos. Este segundo país cuenta con una larga trayectoria de estudios rigurosos, desarrollo metodológico, diagnóstico y de tratamiento clínico y preventivo que constituye una fuente de conocimiento muy valioso para guiar futuras investigaciones y el desarrollo de modelos de intervención para la mejora de la salud física y mental de los inmigrantes latinos en España.

La limitada historia de inmigración, junto con los escasos recursos económicos dedicados a la ciencia social en España, pueden ser responsables de la escasez de estudios y datos necesarios que ayuden a perfilar la situación específica del inmigrante latino. Poco se puede documentar sobre la paradoja de salud del inmigrante, ni a favor ni en contra de lo que ocurre en Estados Unidos, dada la reciente historia de inmigración en España, la escasez de estudios de diseño longitudinal e incluso la falta de estudios transversales o estudios de tipo comparativo.

Existen algunos trabajos centrados en las consecuencias del aumento de población inmigrante en España, sobre todo desde el sector sanitario (Matamala, 2004), pero en general, los escasos estudios actuales sobre este tema en inmigrantes latinos cuentan con muestras reducidas o son estudios descriptivos de datos epidemiológicos limitados. Existen algunos trabajos rigurosos de investigación, pero con muestras de inmigrantes muy diferentes, como el estudio de Navas y cols con inmigrantes de origen africanos (Navas y cols, 2004; Navas, García y Rojas, 2006). Los resultados y conclusiones que han obtenido, así como los instrumentos de medida desarrollados para sus estudios no son fácilmente extrapolables a la población objeto de la presente revisión teórica. Tal y como Navas y cols (2004) afirman que el proceso de aculturación será diferente dependiendo del país de origen. Sin embargo el diseño e hipótesis de estos estudios podrían dar origen a investigaciones similares con población latina sobre el proceso de adaptación sociocultural y cuyos resultados podrían ser de una gran ayuda desde el punto de vista clínico y preventivo.

Los resultados que se han encontrado en Estados Unidos de forma reiterada sobre el empeoramiento de la salud física y mental, abuso de drogas, aumento del crimen y pertenencia a bandas en inmigrantes latinos con una larga historia de residencia, y la segunda y consecutivas generaciones de inmigrantes, podrían reproducirse en España a diferentes niveles y con similares factores de riesgo como responsables. Se necesita el desarrollo estudios rigurosos que podrían constituir la base de programas preventivos enfocados a minimizar los factores de riesgo responsables e intensificar los factores protectores. España aún está a tiempo para la prevención primaria en salud física y mental, pandillas, crimen, abuso de sustancias, etc., enfocada a los inmigrantes y en particular a los hijos de éstos, en caso de que este fenómeno se produjera de manera similar. En caso contrario, sería interesante estudiar los factores de riesgo y de protección que diferencian la cultura y ambiente españoles en comparación con el americano y su poder explicativo de los problemas de salud del inmigrante latino.

Para concluir, la creciente demanda de servicios clínicos y programas preventivos para la población inmigrante en España, debe motivar el desarrollo de estudios que ayuden a responder a las causas de los problemas de adaptación sociocultural y sus consecuencias en la salud mental y física de los inmigrantes. Estos estudios ayudarán tanto a aumentar la tecnología diagnóstica como a proponer soluciones prácticas para el desarrollo de programas preventivos sensibles a las diferencias socioculturales de los inmigrantes latinos. Como afirman Pérez e Iñigo y De Rosa (2002), debido a que la población de inmigrantes está creciendo de forma exponencial en España, los profesionales de la salud mental e investigadores sociales debemos enfrentarnos también a esta nueva demanda del conocimiento de los factores de riesgo y protectores sobre la salud de este nuevo sector de nuestra sociedad.

Referencias

- Abalos, D.T. (1998). *La comunidad Latina in The United States. Personal and Political Strategies for Transforming Culture*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Achotegui, J. (2002). *La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural*. Barcelona: Editorial Mayo.
- Adler, R. (2004). *Yucatecans in Dallas, Texas. Breaching the Border, Bridging the Distance. New Immigrant Series*. Boston, MA: Pearson A&B.
- Amaro, H., Messenger, M., y Cervantes, R. (1996). The health of Latino youth: Challenges for disease prevention. In M. Kagawa-Singer, P. Katz, y D. Taylor (Eds.), *Health Issues for Minority Adolescents* (pp.80-115). Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press
- Bernal, G., Flores-Ortiz, Y.G. y Rodríguez-Dragin, C. (1986). Terapia Familiar Intergeneracional con Chicanos y familias Mexicanas inmigrantes a los Estados Unidos. *Cuadernos de Psicología*, 8, 81-99.
- Brindis, C.D., Driscoll, A.K., Biggs, M.A. y Valderrama, L.T. (2002). *Fact Sheet on Latino Youth: Health Care Access*. University of California, San Francisco, Center for Reproductive Health Research and Policy, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Health Sciences and the Institute for Health Policy Studies, San Francisco, CA.
- Citado el 15/12/2006: <http://reprohealth.ucsf.edu/publications/internal.htm>
- Brundtland, G.H. (2001). *Mental Health in our World: The Challenge ahead*. Council for Mental Health Seminar, World Health Organization, Office of the Director General.
- Buzi, R.S., Weinman, M.L. y Smith, (1998). Ethnic differences in STD rates among female adolescents. *Adolescence*, 33(130), 313-319.
- Caetano, R., Cunradi, C.B., Schafer, J. y Clark, C.L. (2000). Intimate Partner Violence and Drinking Patterns Among White, Black and Hispanic Couples in the U.S. *Journal of Substance Abuse*, 11 (2), 123-138.
- Carrillo, R. y Tello, J. (1998). *Family Violence and Men of Color; Healing the Wounded Male Spirit*. Springer Series: Focus on Men.
- CDC (2002). *HIV/AIDS Among Hispanics in the United States*. Centers for Disease Control & Prevention, National Center for HIV, STD, and TB Prevention. Citado el 15/12/2006: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/hispanic.htm>
- CDC (2002). *Young People at Risk: HIV/AIDS Among America's Youth*. Centers for Disease Control & Prevention, U.S. Department of Commerce. Retrieved from Citado el 15/12/2006: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/youth.htm>
- Cervantes, R.C. y Arrollo, W. (1994). DSM-IV: Implications for Hispanic Children and Adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16 (1), 8-27.
- Cuellar, I., Arnold, B. y Maldonado, R. (1995). Acculturation Rating Scale for Mexican Americans-II: A revision of the original ARSMA scale. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 17 (3), 275-305.
- Cuellar, I. (2000). Acculturation and mental health: Ecological transactional relations of adjustment. En I. Cuéllar y F.A. Paniagua (Eds.), *Handbook of multicultural mental health: Assessment and treatment of diverse populations* (pp. 45-62). San Diego, CA: Academic Press.
- Cuellar, I. (2002). Mexican-origin migration in the U.S. and mental health consequences. *JSRI Occasional paper #40*, The Julian Samora Research Institute, Michigan State University, East Lansing, Michigan.
- De La Rosa (2002). Acculturation and Latino adolescents' substance abuse: A research agenda for the future. *Substance Use and Misuse*, 37(4), 429-485.
- Ellsberg, M. (1999). Domestic Violence and Emotional Distress Among Nicaraguan Women; Results From a Population-Based Study. *American Psychologist*, 54 (1) 30-36.
- El Mundo (2 de febrero, 2007). Los extranjeros empadronados en España son por primera vez más de 4 millones. Citado el 9/02/2007: <http://www.elmundo.es/elmundo/2007/02/08/espana/1170960110.htm>
- Field, C.A. y Caetano, R. (2003). Longitudinal Model Predicting Partner Violence Among White, Black and Hispanic Couples in the United States. *Alcohol and Clinical Exp Res*, 27(9), 1451-1459.
- Finch, B.K. (2003) Acculturation Stress, Social Support, and Self-Rated Health Among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health*, 5 (3), 109-117.
- Flores, B.R. (1994). *Chiquita's Cocoon: The Latina woman's guide to greater power, love, money, status and happiness*. Villard Books.
- Flores-Ortiz, Y.G., Esteban, M. y Carillo, R.A. (1994). La Violencia en La Familia. Un Modelo Contextual de Terapia Intergeneracional. *Revista Interamericana de Psicología*, 28 (2), 235-250.
- Freid, V.M., Prager, K., MacKay, A.P., y Xia, H. (2003). Chartbook on Trends in the Health of Americans. Health United States, 2003. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2003. *DHHS Publication No. (9/03) 2003-1232*. pp 1-471.
- Golding, J.M. (1989). Role Occupancy and Role-Specific Stress and Social Support and Predictors of Depression. *Basic and Applied Social Psychology*, 10(2), 173-195.
- Golding, J.M. y Burnam, M.A. (1990). Stress and social support as predictors of depressive symptoms in Mexican Americans and non-Hispanic Whites. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(2), 268-286.
- González, L. (2004) Cambios en las tradicionales vías de entrada de los inmigrantes clandestinos a la U.E. Geo Crítica / Scripta Nova. *Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*. Barcelona: Universidad de Barcelona, vol. VIII, núm. 172. Citado el 20/09/2005: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-172.htm>
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Hovey, J.D. (2001). *Mental Health and Substance Abuse. Program for the study of immigration and mental health*. The University of Toledo.
- Immigration and Naturalization Services (2003). *Undocumented Resident Population*. 2000 Census Data and New Methodology Improve Estimates. U.S. Department of Justice. Washington, D.C.
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2004). *España en cifras 2004*. Citado el 20/9/2005: <http://www.ine.es>
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2005). *España en cifras 2005*. Citado el 20/9/2005: <http://www.ine.es>
- Jano On-Line: *Expertos europeos acuerdan investigar el "síndrome de Ulises", que afecta a los inmigrantes*. Ediciones Doyma. Citado el 6/11/03: <http://db.doyma.es/>
- Kandel, D.B. (1995). Ethnic differences in drug use patterns and paradoxes. In G.J. Botvin, S. Schinke y M.A. Orlandi (Eds.), *Drug abuse prevention with multiethnic youth* (pp. 81-104). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R.C. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1990). Theory-Based Stress Measurement. *Psychological Inquiry*, 1(1), 3-14.
- Mackay, P.A., Fingerhut, L.A., y Duran, C.R. (2000). *Adolescent Health Chartbook*.
- Health, United States, 2000. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Maira, S. (1998). *The Quest for Ethnic Authenticity: Second-Generation Indian Americans in New York City*. Ed. D. diss., School of Education, Harvard University.
- Mangado, E., Vicente, N. y Díaz, H. (2004): Asistencia psiquiátrica a inmigrantes: Demanda en un centro de salud mental y hospitalización. *Psiquiatría.com*, 8 (3).
- Marín, G. y VanOss Marín, B. (1991). Hispanics: Who are they? Research with Hispanic Populations. *Applied social Research Methods Series*, 23, 1-17.
- Masten, W.G., Asidao, C.S., Jerome, W.W., Mosby, L., Caldwell-Colbert, A.T., Medina, M.Y., Hernández, G., Chapman, R., Kirilla, C. y Ervin, S. (2004). Depression and Acculturation in Mexican American and European American Women. *Anales de Psicología*, 20 (1), 15-21.
- Matamala, P. y Crespo, A. (2004). Pacientes inmigrantes en un Centro de Salud Mental Comunitario. VII Congreso Virtual de Psiquiatría 2004. Citado el 17/5/05: <http://www.interpsiquis.com/2004/>

- Molero, J.M., Fernández, M.R., Martín, M.A., Pelayo, J. y Vázquez, J. (2004). *Influencia en la salud de los factores culturales y sociales de los inmigrantes*. Madrid: El Médico Interactivo. Programa de Formación Continuada Acreditada para médicos de Atención Primaria. Tema 9.
- National Coalition of Hispanic Health and Human Services Organization (COSSMHO) (1999). *The State of Hispanic Girls*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Navas, M., Pumares, P., Sánchez, J., García, M.C., Rojas, A.J., Cuadrado, I., Asensio, M. y Fernández, J.S. (2004). *Estrategias y actitudes de aculturación: La perspectiva de los inmigrantes y de los autóctonos en Almería*. Dirección General de Coordinación de Políticas Migratorias. Consejería de Gobernación. Junta de Andalucía.
- Navas, M. García, M.C., Rojas, A.J. (2006). Acculturation strategies and attitudes of African American immigrants in the South of Spain: Between Reality and Hope. *Cross-Cultural Research*, 40, 331-351.
- Navarro, L. (2004). *Modelos ideales de familia en la sociedad española*. Documento de Trabajo. Instituto de Estudios Sociales de Andalucía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, IESA/CSIC.
- Newacheck, P.W. y McManus, M.A. (1989). Health Insurance Status of Adolescents in the United States. *Pediatrics*, 84 (4), 699-708.
- O'Ferrall, C., Crespo, M., Gavira, C. y Crespo, J. (2003). Inmigración: ¿estamos preparados los profesionales de la salud mental para este reto? IV Congreso Virtual de Psiquiatría. 1-28 de febrero de 2003. Citado el 17/5/05: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2003/9953>.
- Oyserman, D., Coon, H.M. y Klemmmeier, M. (2002). Rethinking Individualism and Collectivism: Evaluation of Theoretical Assumptions and Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 128 (1), 3-72.
- Orrenius, P.M. (2001). *Illegal Immigration and enforcement along the U.S. - Mexico border: An Overview*. Federal Reserve Bank of Dallas.
- Orrenius, P.M. (2000). *Does increased border enforcement trap illegal immigrants inside the United States?*. Federal Reserve Bank of Dallas.
- Pérez e Iñigo, J.L. y De Rosa, E. (2002): Trauma y Migración Humana. III Congreso Virtual de Psiquiatría. 1-28 febrero de 2002. Citado el 17/1/05: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/6183>.
- Perilla, J.L. (1999). Domestic Violence as a Human Rights Issue: The Case of Immigrant Latinos. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 21(2), 107-133.
- Pertinéz, J., Villadés, L., Clusa, T., Menacho, I., Nadal, S. y Muñoz, M. (2002). Estudio descriptivo de trastornos mentales en minorías étnicas residentes en un área urbana de Barcelona. *Atención Primaria*, 29 (1), 6-13.
- Portes, A. y Zhou M. (1993). The Second Generation: Segmented Assimilation and Its Variants. *Annals of the American Academy*, 530, 74-96.
- Quintanta, J. P. (1997). Acculturation of Hispanic-American college Students and its relationship to MMPI-2 scores. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, vol 57(11-B). Pp. 7265.
- Quintero, J. y Clavel, M. (2005): Emigrantes, inmigrantes y estrés. Interpsiquis. 2005. Citado el 17/1/05: <http://www.interpsiquis.com>
- Ramírez, R. y De la Cruz, G.P. (2003). *The Hispanic Population in the United States: March 2002* (pp. 20-520). Washington DC.: U.S. Government Printing Office.
- Rennison, C.M. y Welchans, S. (2000). *Intimate Partner Violence*. Bureau of Justice Statistics; Special Report. Citado el 19/04/2005: <http://ojp.usdoj.gov/bjis/>
- Rice, P.F. y Dolgin, K.G. (2002). *The adolescent. development, relationships, and culture*. Boston: C.O. Merrill- Allyn and Bacon.
- Romero, G.J., Castro, F. y Cervantes, R.C. (1988). Latinas without work; family, occupational, and economic stress following unemployment. *Psychology of Women Quarterly*, 12, 281-297.
- Rosenblum, M.R. (2000). *US Immigration Policy: Unilateral and Cooperative Responses to Undocumented Immigration*. IGCC Policy Paper no. 55 (La Jolla, Calif.: Institute of Global Conflict and Cooperation, May)
- Rumbaut, R. (1996). Becoming American: Acculturation, Achievement and Aspirations among Children of Immigrants. *Paper presented at the Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science*, Baltimore, MD. February 10.
- Salgado De Snyder, V.N., Cervantes, R.C. y Padilla, A.M. (1990). Gender and ethnic differences in psychosocial stress and generalized distress among Hispanics. *Sex Roles*, 22(7/8), 441-453.
- Strauss, M.A., y Smith, C. (1990). Violence in Hispanic Families in the United States: Incidence Rates and Structural Interpretations. In M.A. Strauss y R.J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families* (pp. 341-367). New Brunswick, NJ: Transaction.
- Suárez-Orozco, C. y Suárez-Orozco, M. (1995). *Transformations: Immigration, family, life, and achievement motivation among Latino adolescents*. Stanford, CA: Stanford University.
- Suárez-Orozco, C. y Suárez-Orozco, M. (2001). *Children of Immigration*. Cambridge: Harvard University Press.
- Szapocznik, J., Scopetta, M.A., Kurtines, W. y De Los Angeles Aranalde, M. (1978). Theory and measurement of acculturation. *Revista Interamericana de Psicología*, 12 (2), 113-130.
- Szapocznik, J. (1978). Theory and practice in matching treatment to the special characteristics and problems of Cuban immigrants. *Journal of Community Psychology*, 6 (2), 112-122.
- Szapocznik, J., Kurtines, W.M., y Fernández, T. (1980). Bicultural involvement and adjustment in Hispanic-American youths. *International Journal of Intercultural Relations*, 4, 353-365.
- Szapocznik, J. (1984). Bicultural Effectiveness Training: A treatment intervention for enhancing intercultural adjustment in Cuban American families. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6 (4), 317-344.
- Tjaden, P. y Toennes, N. (2000). *Extent, Nature and Consequences of Violence Against Women: Findings from the National Violence Against Women Survey*. The National Institute of Justice and the Centers for Disease Control and Prevention. Citado el 19/04/2005: <http://www.ncjrs.org/txtfiles1/nij/183781.txt>
- U.S. Department of Health and Human Services (2000). *Health, United States, 2000 with adolescent health Chartbook* (DHHS Pub. No. 2000-1232 9-0725 (6/00), pp.1-456). Centers for Disease Control and Prevention, and the National Center for Health Statistics.
- U.S. Department of Health and Human Services (2001). *Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity – A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Mental Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.
- U.S. Department of Justice (1999). *Juvenile Offenders and Victims: 1999 National Report*. Office of Juvenile Justice and Prevention. U.S. Department of Justice.
- U.S. Immigration and Naturalization Service (1999). *1997 Statistical Yearbook of the Immigration and Naturalization Service* (Washington, D.C.: Government Printing Office, October).
- Valenzuela, A. (2004). Miedo a la consulta psiquiátrica. *El Mundo*, 3 de diciembre de 2004. Año XV. Número 5.473.
- Vega, W.A., Kology, B., Aguilar-Gasxiola, S., Alderete, E., Catalano, R. y Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of SDM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California. *Archives of General Psychiatry*, 55, 771-778.
- Vega, W. A., Zimmerman, R. S., et al. (1995). Cultural conflicts and problem behaviors of Latino adolescents in home and school environments. *Journal of Community Psychology*, 23 (2), 167-180.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and Domestic Violence Around the World. *American Psychologist*, 54 (1), 21-29.

(Artículo recibido: 4-1-2006; aceptado: 14-2-2007)